FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912 — **THÈSE** — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. Georges DUFOUR

Né à Lannion (Côtes-du-Nord), le 3 Février 1885

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURE PROVOQUÉ

d'après quelques résultats obtenus
à la Maternité de Rennes

Président : M. BAR, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE A. CORPS
25, Rue Gay-Lussac

Le Doyen : **M. LANDOUZY**

Professeurs :	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ADHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	P. MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAI
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BRANCA	DUVAL (Pierre)	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BROCA (André)	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	JOUSSET (Andr	MULON	SICARD
CHEVASSU	LABBE (Marcel)	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Gage de ma profonde reconnaissance

A MES MAITRES

de l'Ecole de Médecine de Rennes

MM. les Professeurs FOLLET, LE MONIET, VERON. En souvenir de leur excellent enseignement.

A MM. les Professeurs Suppléants, MARQUIS, HARDOUIN, CHEVREL, MILLARDET.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de Clinique Obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

l'Accouchement Prématuré Provoqué

d'après quelques résultats obtenus
à la Maternité de Rennes

INTRODUCTION

Au cours d'une de nos années d'Internat à l'Hôtel-Dieu de Rennes, année durant laquelle il nous a été donné de pratiquer un examen aussi approfondi que possible de toutes les femmes entrées à la Maternité depuis octobre 1910 jusqu'en septembre 1911, nous avons été frappé de l'extrême fréquence des signes de rachitisme présentés par nos malades. Nous sommes en Bretagne, il est vrai, pays où le rachitisme sévit avec une intensité particulièrement inquiétante, où les débiles et les dégénérés sont légion surtout dans les campagnes ; où les populations urbaines et même les populations côtières ne sont pas épargnées. Pourquoi ? A quelle cause rattacher cette affection malheureusement trop fréquente ? Une hygiène défectueuse, l'alcoolisme, une alimentation précaire ont été tour à tour invoqués. Il ne nous appartient pas d'approfondir ici une étiologie sans doute plus complexe. Nous constatons un fait et rien de plus. Et ce fait est indéniable, et nous pouvons dire que sur dix femmes examinées par nous, une au moins était rachitique.

Mais, si outre ce rachitisme vrai avec sa symptomatologie complète, nous envisageons le rachitisme « frustre » avec ses signes discrets, atténués, se traduisant par des bosses frontales légèrement saillantes, quelque gonflement des épiphyses, un peu de genu valgum, un chapelet chondro sternal saillant à peine sous la peau, alors nos chiffres se transforment, et ce n'est plus une, mais bien trois sur dix de nos malades qui nous offraient ces stygmates.

En présence du nombre considérable des femmes atteintes de ces déformations osseuses, il était inévitable que

nous rencontrions du côté du bassin des déformations analogues. En effet, et si beaucoup d'entre elles étaient atténuées et ne pouvaient nous faire craindre pour l'avenir qu'un travail un peu plus long et un accouchement peut-être un peu plus laborieux, sans nous inspirer d'autre part aucune inquiétude tant au point de vue de la mère qu'à celui de l'enfant, beaucoup trop nombreux étaient les cas où en pratiquant le toucher vaginal nous nous trouvions en présence d'une saillie exagérée de l'angle sacro-vertébral devant s'opposer d'une manière absolue au passage à travers la filière pelvienne d'un enfant à terme de dimensions normales.

En face de cette difficiulté et voulant avoir un enfant vivant, trois solutions se présentaient : césarienne, symphyséotomie, accouchement prématuré provoqué. C'est à cette dernière que sauf de très rares exceptions, on s'est arrêté à la Maternité de Rennes. Les résultats obtenus ayant jusqu'à ce jour entièrement répondu aux espérances que l'on fondait sur la méthode, nous avons pensé recueillir toutes les observations portant sur les accouchements prématurés artificiels que l'on y avait effectués durant ces dernières années et nous en avons retenu un certain nombre parmi celles qui nous ont paru les plus typiques, les plus probantes.

Après une étude aussi succinte que possible de l'historique de la question, nous dirons brièvement les moyens que nous avons vu employer pour les mensurations respectives de la tête fœtale et du bassin maternel. Plaçant ensuite les observations que nous avons réunies nous les commenterons et signalerons les objections faites à la méthode.

Nous envisagerons ces résultats pour la mère et enfin nous arriverons à cet écueil contre lequel les attaques des détracteurs de l'accouchement prématuré provoqué ont toujours été particulièrement violentes : la question de l'enfant.

Nous ne songeons donc nullement, au cours de ce travail, à faire une étude approfondie de l'accouchement prématuré artificiel, que ses partisans et ses ennemis ont fait suffisamment connaître. Depuis près de deux siècles les

voix les plus autorisées se sont élevées pour l'attaquer ou le défendre, sans avoir jamais fait la lumière sur ce point. Nous non plus ne solutionnerons ce problème.

Nous voulons seulement, et notre prétention s'arrête là, en faisant connaître les résultats obtenus, contribuer à l'œuvre commune dans la mesure de nos modestes moyens et apporter notre pierre au grand édifice déjà construit.

Mais, avant toutes choses, nous voulons dire à M. le Professeur Bar combien nous avons été sensible au grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse ; nous l'assurons ici de notre respectueuse reconnaissance.

DUFOUR

HISTORIQUE

Si l'on devait juger de la valeur d'une méthode d'après son ancienneté, la priorité reviendrait incontestablement à la section césarienne. Aussi loin, en effet, que nous remontions, vers l'origine des temps, nous la rencontrons et dans la légende et dans l'histoire. Dans la légende puisque « Apollon ouvrit lui-même le ventre de Coronïs déjà sur le bûcher pour en extraire celui qui devait être le père de la médecine : Esculape ». Dans l'histoire, puisque « à Rome la « Lex Regia » prescrivait qu'on l'opérât sur les femmes mortes enceintes et que c'est ainsi que devait naître le premier des César ». Mais il ne s'agissait là que de circonstances exceptionnelles dans lesquelles n'intervenait en aucune façon la notion du rétrécissement pelvien, et, pendant de longs siècles il devait en être de même.

En 1642, quand une sage-femme, Louise Bourgeois, eut la première l'idée de pratiquer l'**accouchement forcé,** ce ne fut pas non plus pour tenter d'extraire à travers une filière trop étroite un fœtus qui par la suite serait devenu trop volumineux, mais dans le seul but de tarir une abondante hémorragie très probablement due à une insertion vicieuse du placenta. Une autre sage-femme, anglaise, Mary Dunally, aurait, croit-on, en 1738, accouché prématurément une femme atteinte d'angustie pelvienne ; mais ce fait n'ayant jamais reçu confirmation, il nous faut attendre 1756 pour voir poser nettement l'indication d'une interruption de la grossesse dans les cas de bassins rétrécis, et pour voir l'accouchement prématuré provoqué entrer d'une manière définitive dans le domaine de la thérapeutique obstétricale.

Et l'on peut dire que cette méthode venait bien à son heure, si l'on songe à la crise que traversait à ce moment l'obstétrique et ses adeptes. A cette époque où l'asepsie et l'antisepsie étaient choses totalement inconnues, l'intervention césarienne entraînait après elle de véritables désastres : la septicémie, la péritonite emportaient les innombrables malades qui commettaient la fatale imprudence de se confier aux mains, expertes sans doute, mais combien peu stériles, des chirurgiens d'alors. La symphyséotomie n'était pas encore née ; elle ne devait apparaître que plus tard avec Sigault qui, en 1777, réussissait à obtenir un enfant vivant chez une femme ayant eu à ses quatre grossesses antérieures quatre enfants morts. C'était un succès indéniable, mais qui n'eut pas de lendemain ; les autres tentatives échouèrent lamentablement et la symphyséotomie devait, pour de longues années du moins, tomber peu à peu et presque complètement dans l'oubli.

Une technique nouvelle s'imposait donc et c'est alors que les médecins anglais émirent l'opinion suivante : puisque les femmes accouchent souvent spontanément avant terme d'enfants vivants et bien portants, ne pourrait-on provoquer également l'accouchement avant terme chez toutes celles qui présentent un bassin rétréci ? Et c'est alors qu'eut lieu à Londres le Congrès de 1756 qui devait admettre d'une façon définitive la nécessité de l'interruption artificielle de la grossesse.

Ce fut à Macauiay que revint, en 1757, l'honneur de pratiquer le premier l'intervention nouvelle. Le succès répondit à l'attente. Encouragé par l'heureux résultat de ce premier essai, Kelly l'imita par la suite et fit mieux, puisqu'il put, chez une même femme, intervenir trois fois consécutives et sauvegarder trois fois de suite la vie de la mère et celle de l'enfant.

Il est donc incontestable que l'Angleterre fut le premier pays où l'on osa tenter l'accouchement prématuré artificiel, mais à cela Tarnier objecte que « si les droits de priorité doivent être établis non d'après les faits, mais d'après les dates des publications scientifiques, nous pouvons consi-

dérer que la propriété de l'interruption artificielle systématique de la grossesse revient à notre pays ». Et la preuve, il la donne en effet dans ce mémoire que publia en 1877 Roussel de Vauzenne où ce dernier se déclare partisan de cette interruption artificielle comme meilleur mode de traitement des viciations pelviennes.

Pendant longtemps les Anglais furent les seuls à appliquer l'accouchement prématuré artificiel ; on hésitait à la suivre dans la voie qu'ils s'étaient tracée ; on se méfiait, semblait-il, de cette méthode nouvelle née depuis si peu de temps et qui comptait déjà à son actif tant de résultats heureux ; instruit par l'expérience, on voulait savoir si elle ne devait pas subir le sort de sa devancière, et après avoir réuni tous les suffrages, ne réserver que des déboires. Et cependant Macaulay et Kelly prêchaient toujours d'exemple : Denmann, Burns, Campbell et tant d'autres s'étaient faits les champions de l'idée nouvelle, et s'il y avait encore des dissidents, de nombreux adeptes se ralliaient chaque jour à la cause de l'accouchement prématuré artificiel.

Il ne fallut pas moins de quarante années pour voir se dessiner dans le même sens, en Allemagne, un timide mouvement. De rares tentatives avaient été faites qui n'avaient pas trouvé d'imitateurs, et, lorsqu'en 1804 Wenzel renouvela brillamment l'expérience de Macaulay, il fut bien loin de susciter chez ses compatriotes l'enthousiasme que ce dernier sut provoquer en Angleterre. Ce ne fut qu'en 1820, date à laquelle Reisinger fit paraître un mémoire sur cette question si controversée, que se produisit un revirement soudain : d'un coup les préventions se dissipèrent et la méthode nouvelle trouva bientôt dans ceux qui avaient été ses détracteurs les plus farouches, ses plus fervents admirateurs.

L'exemple se répandit peu à peu en Danemark, en Hollande, en Belgique où la méthode fut adoptée avec enthousiasme. Il n'est pas jusqu'à l'Italie elle-même, où l'opération de Sigault avait cependant trouvé son dernier refuge, qui, avec Lovati en 1829, ne vint demander à l'inter-

vention nouvelle des résultats que, depuis longtemps, la symphyséotomie ne lui donnait plus.

Et cependant, en France, malgré l'exemple, malgré le mémoire de Roussel de Vauzenne, déclarant légitime et morale l'interruption forcée de la grossesse, l'accouchement prématuré artificiel ne trouvait partout que des détracteurs.

Les uns, se plaçant exclusivement sur le terrain religieux ou moral, voyaient un criminel dans celui qui se permettait « d'interrompre par art une fonction à laquelle la nature a assigné un terme fixe », et cela sans savoir ce que serait la vie de l'enfant auquel il imposait ainsi une naissance prématurée. C'était là, disait Campredon, « un attentat commis envers les lois divines et humaines ».

Les autres repoussaient l'accouchement artificiel, l'envisageant à un point de vue purement scientifique, et à leur tête son adversaire le plus irréductible et aussi l'un des maîtres les plus écoutés d'alors : Baudelocque. Il était inévitable que la voix de Baudelocque fut prépondérante et qu'elle déterminât un puissant courant d'opinion parmi les innombrables disciples du maître, et dès ce moment les attaques surgirent de toutes parts contre l'accouchement prématuré provoqué que, entre beaucoup d'autres, Gardien, Mme Boivin et Mme Lachapelle, proscrivirent avec sévérité.

Ainsi donc, la lutte à outrance menée contre l'interruption artificielle de la grossesse semblait avoir porté à cette intervention un coup définitif ; les arguments présentés contre elle par Baudelocque et son école avaient, croyait-on, atteint leur but, et, sans faire encore retour aux idées anciennes, ses partisans se faisaient plus rares et la confiance qu'ils avaient eu jadis en elle s'en allait peu à peu. C'est alors que Stoltz, en 1830, prit en mains sa défense. Ses cours, et aussi les thèses de ses élèves : Burkhard (1830) et Ferniot (1836), devinrent de véritables plaidoyers où il s'efforçait de détruire une à une les accusations portées contre sa méthode et finalement réussissait à détruire dans l'opinion française les préventions que ses adversaires y avaient introduites. Quelques années plus tard, Paul Du-

bois, poursuivant son œuvre, mettait au premier plan, parmi les opérations obstrétricales, l'accouchement prématuré artificiel.

Et cependant l'accord est loin d'être fait. Comme autrefois, la méthode a toujours ses partisans et ses adversaires dont les statistiques s'accumulent, dont les travaux se succèdent et se succéderont sans doute longtemps encore avant que ne soit trouvé le terrain d'entente où cette passionnante question recevra enfin sa solution définitive.

Mensuration des principaux diamètres du bassin et de la tête fatale.

Afin de fixer la date à laquelle on devait interrompre la grossesse pour que l'enfant pût juste passer à travers la filière pelvienne, il était indispensable de connaître les dimensions respectives des principaux diamètres du bassin maternel et de la tête fœtale. Nous nous proposons donc de passer en revue dans le présent chapitre les moyens que nous avons vus employer dans le service auquel nous appartenions pour arriver à connaître aussi exactement que possible ces différentes dimensions.

Et d'abord, chez toutes les femmes qui semblaient ne pas présenter une charpente osseuse absolument irréprochable et parfaitement symétrique, il était de règle, afin de s'assurer si cette symétrie n'intéressait pas le bassin lui-même, de rechercher le losange de Michaëlis.

A titre de mémoire, quoique cette recherche soit partout, sauf peut-être quelques questions de détails tout à fait secondaires, a peu près identique , rappelons la technique employée : la femme débarrassée de tout vêtement tourne le dos à l'opérateur ; on la prie de se tenir aussi droit que possible, toutefois sans raideur, la tête haute et les pieds accolés. Dans cette attitude il est déjà facile de noter du premier coup d'œil toutes les imperfections : ou les épaules ne sont pas sur le même plan, ou la colonne vertébrale pré-

sente une certaine inclinaison latérale, ou il y a de l'enseellure lombaire, ou bien une hanche est plus élevée que l'autre ; on peut noter encore une déviation du sillon interfessier, un abaissement d'un des plis fessiers. Ces différents détails une fois consignés, on cherche à travers les tissus l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire que l'on trouve d'ordinaire très facilement : au moyen d'un crayon dermographique on la marque d'un point et l'on mène de ce point deux lignes à la partie la plus saillante des crêtes iliaques : de ces crêtes on mène deux autres lignes allant rejoindre la pointe du coccyx ; on obtient ainsi un losange : par une ligne menée transversalement, on le divise en deux triangles, et si le bassin est parfaitement symétrique, les triangles obtenus sont tous deux isocèles.

Ce point une fois établi, il fallait ensuite connaître les différents diamètres du bassin et pour cela deux moyens étaient employés : la pelvimétrie externe et la pelvimétrie interne ou digitale.

La pelvimétrie externe n'était du reste employée que d'une façon très accessoire : on s'en servait surtout à titre de renseignement complémentaire, sans accorder aux mensurations obtenues par elle l'importance attachée à celles que nous fournissait la pelvimétrie digitale.

Technique de la pelvimétrie externe. — Cette méthode permet de déterminer d'une manière approximative l'étendue du diamètre intérieur d'après les dimensions données par le diamètre extérieur : comme instrumentation il suffit d'un compas d'épaisseur gradué et l'on opère de la façon suivante :

Il nous faut connaître trois dimensions, l'une antéro-postérieure, les deux autres transversales. Pour avoir la première, on prend le compas d'épaisseur, et, plaçant une des deux extrémités boutonnées sur la partie toute supérieure de la face antérieure du pubis, exactement à sa partie moyenne, on applique l'autre en arrière sur la pointe de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire. On lit ensuite sur la règle graduée la longueur correspondant à l'angle d'écartement des deux branches et l'on doit obtenir

sur un sujet de taille et de corpulence moyennes environ 18 cm 5. C'est ce qu'on appelle le diamètre conjugué externe correspondant au mi-sacro-pubien interne, encore dénommé conjugué interne ou conjugué vrai que l'on obtient alors en déduisant une constante de 8 centimètres.

Le second diamètre à chercher est le bi-crête iliaque. Pour le trouver, on place une des extrémités du compas sur le point le plus excentrique d'une des crêtes iliaques, l'autre sur la pointe correspondante de la crête opposée et la lecture de la longueur donne une moyenne qui est toujours d'environ 27 cm. Ici encore on déduit une constante que l'on évalue à 13 cm et l'on obtient ainsi le diamètre interne transverse maximum.

Continuant enfin l'opération, on recherche le diamètre bisépineux iliaque antérieur qui s'obtient en plaçant les extrémités des branches du compas sur les épines iliaques antérieures que l'on voit ordinairement faire saillie sous la peau, du moins chez les sujets modérément adipeux et qu'il est du reste toujours facile de sentir en déprimant légèrement les tissus. On obtient 24 cm 5. Il est une troisième constante de 12 cm que l'on retranche, et l'on a ainsi l'étendue du diamètre interne transverse médian.

Il est facile de se rendre compte, comme nous le signalions au début de cet exposé, de la valeur réelle de ces mensurations, et combien les résultats obtenus sont quelquefois très loin de répondre à la réalité. En effet, et s'il est recommandé de toujours ajouter 5 ou 6 millimètres aux chiffres trouvés, lorsqu'il s'agit d'une femme grasse, il faut cependant bien reconnaître que l'on n'obtient somme toute que des données très approximatives ; aussi, ne voyions-nous, le plus souvent, ce procédé employé qu'à titre de simple démonstration, la pelvimétrie digitale devant seule fournir des résultats beaucoup plus sûrs, beaucoup plus exacts.

Pelvimétrie interne. — Sans vouloir préjuger en rien de la valeur de la pelvimétrie instrumentrale, qui reste un excellent moyen d'investigation par les résultats qu'elle

donne, il faut pourtant admettre qu'elle n'est pas encore entrée dans le domaine de la pratique courante, et bien peu nombreux sont les praticiens qui, soit en ville, soit dans les campagnes, recourent à son contrôle ; et, nous-même, si nous connaissons, pour en avoir lu la description, les pelvimètres de Cartouly, de Crouzat, de Farabeuf, nous devons avouer ne pas avoir vu s'en servir.

La pelvimétrie digitale, au contraire, que nous allons décrire, a pris, dans l'enseignement de l'obstétrique, une place considérable et reste pour le médecin le seul vrai moyen de contrôle lorsqu'il craint de se trouver en présence d'une angustie pelvienne.

La femme est placée transversalement sur un lit aussi élevé que possible, deux aides tiennent les jambes fléchies sur les cuisses et portées en haut et en arrière ; un drap ou une alèze sont glissés sous le siège de manière à ce que la vulve soit dirigée directement en avant. Après une toilette rapide de la région, on donne une injection vaginale et l'opérateur, les mains soigneusement désinfectées, écarte de la main gauche les grandes lèvres, et introduit dans le vagin l'index et le médius, ou l'indez seulement, de la main droite, légèrement lubréfié au préalable par un peu de vaseline stérilisée. Allant directement en avant, il trouve l'angle sacro-vertébral, il s'assure qu'il n'a pas à faire à un faux promontoire sacré, dû à la saillie formée par l'union des deux premières vertèbres du sacrum, en constatant immédiatement au-dessus une dépression et, de chaque côté, la présence des ailerons du sacrum. Cela fait, il relève la main et appuie sur le bord inférieur de la symphyse dont il sent le ligament inférieur ou triangulaire.

De la main gauche restée libre, il marque sur le doigt introduit dans le vagin l'endroit exact correspondant au bord libre de ce ligament et, la main une fois retirée, il n'a plus qu'à mesurer sur une règle graduée munie d'un curseur la distance obtenue : il a ainsi le diamètre promonto-sous pubien. Mais ce diamètre est supérieur au promonto-pubien minimum qui seul nous intéresse. Comment donc évaluer celui-ci ?

Ce point a toujours été, pour les auteurs qui l'ont étudié, sujet à controverses. Tant d'éléments entrent en ligne de compte dans cette évaluation : situation respective du promontoire et de la symphyse, inclinaison de la symphyse sur le diamètre promonto-pubien, inclinaison du bassin en ante ou retroversion, qu'il semble difficile de fixer un chiffre exact. Il est cependant admis que 15 millimètres répondent à la moyenne des cas.

Le promonto-pubien minimum une fois déterminé, l'opérateur introduit à nouveau le doigt pour explorer l'excavation où il constate le degré d'incurvation du sacrum, la saillie des épines sciatiques ; il examine enfin si au détroit inférieur les ischions s'écartent suffisamment l'un de l'autre et s'il n'y a pas ankylose de l'articulation sacro-coccygienne.

Dimensions respectives de la tête fœtale et du bassin maternel. — La pevimétrie digitale nous a donc renseigné de la façon la plus exacte qui soit sur les dimensions du bassin de la mère ; mais ce n'est pas tout, une notion indispensable nous manque : celle du volume de la tête de l'enfant. Plusieurs méthodes ont essayé de la déterminer.

La céphalométrie externe bien mise au point par M. Perret permet d'apprécier avec toute la justesse désirable le diamètre indispensable à connaître : le bi-pariétal. M. Perret, après une longue étude sur les nombreux crânes d'enfants à terme qu'il avait recueillis, constata, en effet, que le diamètre O. F. était toujoures supérieur d'environ 25 millimètres au B. P. Après avoir apprécié l'épaisseur de la paroi abdominale de la parturiente, l'opérateur plaçait une des extrémités du céphalomètre sur le front de l'enfant, l'autre sur l'occiput et lisait la graduation : déduisant ensuite l'épaisseur des tissus interposés, il obtenait la longueur de l'O. F. d'où il lui suffisait de retrancher 25 mm pour avoir le B. P. : après l'accouchement il pratiquait directement sur l'enfant une mensuration nouvelle, qui, toujours, ou avec un écart très minime, venait confirmer la première.

Malgré l'excellence de la méthode, il ne nous est pas arrivé de voir pratiquer la céphalométrie externe, nous lui

avons toujours vus substituer dans notre service le palper mensurateur.

Après quelques soins préparatoires, évacuation du rectum et de la vessie, la femme était étendue sur le dos, la tête basse, les jambes fléchies, les mains le long du corps, c'est-à-dire dans la position de presque absolu repos : on la priait alors de respirer largement, puis l'opérateur, après s'être plongé les mains dans l'eau chaude de manière à ce que le contact du froid sur le ventre ne déterminât pas une brusque contraction de la sangle abdominale, cherchait la tête au-dessus du détroit supérieur, ou tentait de l'y amener si elle ne s'y trouvait pas. Cela fait, appliquant fortement d'une main la tête fœtale sur le promontoire, de manière à ce qu'elle y reposât par son pariétal postérieur, il cherchait de l'autre à pénétrer entre le pariétal antérieur et la symphyse pubienne : s'il y parvenait, c'est que le passage était possible ; si la tête affleurait, elle devait alors passer avec frottement : si elle surplombait le bord supérieur de la symphyse c'est que le diamètre B. P. était supérieur au promonto-pubien et par conséquent tout passage impossible.

Telle est la méthode à laquelle nous avons vu demander les renseignements nécessaires à l'interruption de la grossesse : l'étude des observations que nous avons prises va maintenant nous permettre d'en apprécier la valeur.

Observations

de quelques accouchements prématurés artificiels effectués par Monsieur le Docteur VÉRON, *professeur de clinique obstétricale, à l'École de Médecine de Rennes.*

OBSERVATIONN I

1906. — II pare. — Pr. so P. 10.3. Accouchement provoqué à 8 mois et demi. Enfant vivant.

P. A..., 34 ans. Entre à la Maternité le 3 avril 1906.

1° Accouchement prématuré provoqué à 8 mois et demi en 1903. Forceps. Enfant vivant. Décédé à 4 ans et demi de maladie qu'on n'a pu spécifier.

2° Grossesse actuelle. Dernières règles, première quinzaine d'août 1905. Bassin rétréci. Pr. so P. 10,3. Diamètre utile 8,7 à 8,8. Le 4 mai 1906, à 9 heures du matin, on introduit l'écarteur Tarnier. Vers une heure de l'après-midi les douleurs apparaissent. Le 5 mai 1906, à 7 h. $\frac{1}{2}$ du matin, la dilatation est complète. Rupture artificielle des membranes.

Présentation du siège en S. I. G. A. Accouchement par le siège à 9 h. $\frac{1}{2}$ du matin. La durée totale du travail a été de 24 heures environ. Une demi-heure après, délivrance naturelle et complète.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 2.520 gr.

Les suites de couches sont normales sauf une légère lymphangite du sein donnant lieu à une température de 37,8, tombée le lendemain sous l'influence de pansements humides.

Sortie au bout de 13 jours de la mère en bon état et de l'enfant pesant 2 kil. 800.

Observation II

1906. — Pr. so P. 10,3. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois et demi. Enfant vivant.

L. M.-A..., 32 ans. Entre à la Maternité le 25 avril 1904.

1° Accouchement spontané prématuré à 8 mois en 1904. Enfant vivant, sexe féminin. Décédée 15 jours après sa sortie de l'hôpital.

2° Grossesse actuelle. Dernières règles du 18 au 20 août 1905. Bassin rétréci. Pr. so P. 10,3.

2 grammes d'albumine par litre à l'entrée de la malade. Introduction de la sonde de Krause le 16 mai 1906, à 10 heures du matin. A 5 heures du soir on constate que le travail est peu avancé : les douleurs sont insignifiantes et l'on applique à ce moment l'écarteur Tarnier. Toute la nuit, les douleurs se succèdent et le 17 mai, à 5 h. $\frac{1}{2}$ du matin, la dilatation est complète.

La rupture de la poche des eaux s'était produite au moment de la mise en place de l'écarteur.

Présentation du sommet en O. I. G. A. Accouchement spontané le 17 mai à 6 h. $\frac{1}{2}$ du matin.

Durée totale du travail 19 h. $\frac{1}{2}$. Enfant du sexe masculin 2.250 gr. Délivrance naturelle et complète. Suite de couches normales.

Le 29 mai, 12 jours après, la mère n'ayant plus d'albumine sort avec l'enfant qui pèse à ce moment 2.500 gr.

Observation III

1906. — II pare. — Pr. so P. 10,4 Accouchement provoqué à 8 mois. Enfant vivant.

B. A..., 25 ans, domestique. Entre à la Maternité le 19 mai 1906.

1° Accouchement dystocique à terme. Forceps. Enfant vivant : fille âgée de 8 ans.

2° Grossesse actuelle. Dernières règles premiers jours de novembre 1905. Bassin rétréci canaliculé Pr. so P. 10,4.

Le 11 juilllet, à 11 heures du matin, on pratique la mise en place de l'écarteur Tarnier. Une heure après les douleurs apparaissent et à ce moment rupture spontanée des membranes.

A 5 heures du soir dilatation complète.

Présentation du sommet en O. I. D. A. Le 11 juillet 1906, à 6 h. 25 du soir, extraction de l'enfant au forceps.

Cette intervention détermine une déchirure du col : on pratique le tamponnement vaginal pour lutter contre l'hémorragie qui s'est produite et qui cesse bientôt sous l'influence de ce traitement. Durée du travail, 7 h. 25. Délivrance artificielle et complète sitôt après l'extraction de l'enfant.

Ce dernier, du sexe féminin, pèse 3.500 gr.

La température de la mère du septième au dixième jour oscille entre 37,8 et 40,4 par suite de lymphangite du sein. Cette température tombe du reste le dixième jour. La mère sort le 31 juillet 1906, en très bon état. L'enfant pèse 3.930 grammes et a été nourri au lait stérilisé.

Observation IV

1906. — I pare. — Pr. so P. 10,4. Accouchement provoqué à 8 mois et une semaine. Enfant vivant.

B. R..., 19 ans. Entre à la Maternité le 20 juillet 1906. Dernières règles du 4 au 17 janvier 1906. Bassin rétréci canaliculé. Pr. so P. 10,4 Diamètre utile 8,9 à 9 cm.

Le 24 septembre 1906 on applique le dilatateur Tarnier : presque immédiatement après les douleurs apparaissent. Il est alors 11 heures du matin. A 2 heures de l'après-midi on enlève le dilatateur, les douleurs continuent mais n'aboutissent à la dilatation complète que le 25 sepembre 1906 à

5 h. ½ du soir. A ce moment, rupture artificielle des membranes.

Présentation du sommet transformé en siège par une version par manœuvres internes : accouchement le 25 septembre 1906 à 5 h. 40 du soir.

Durée du travail, 33 heures.

Délivrance artificielle aussitôt après accouchement pour une hémorragie que l'on tarit en la traitant par des injections d'eau bouillie chaude.

Enfant du sexe masculin pesant 2.580 gr.

Suite de couches normales.

Sortie en bon état de la mère le 9 octobre 1906 avec son enfant pesant 2.700 gr., allaité par la mère.

Observation V

1906. — I pare. — Pr. so P. 96. Accouchement provoqué à 8 mois. Enfant vivant.

R. A..., 22 ans. Entre à la Maternité le 11 octobre 1906. Infantilisme. Microcéphalie.

Dernières règles, début de février.

Le 15 octobre, à 9 heures du matin, on introduit l'écarteur Tarnier. On l'enlève trois heures après. Vers midi, les douleurs apparaissent. A 8 h. 25 du soir la dilatation est complète. A ce moment on pratique la rupture des membranes.

Présentation du sommet en O. I. G. A. ; extraction au forceps le 16 octobre 1906, à 9 heures du soir. Le travail a duré 36 heures. Il y a une déchirure complète du périnée. Périnéorraphie. Réunion par première intention.

Enfant du sexe féminin faible : 2.080 gr.

Suites de couches normales, sauf les sept premiers jours après l'accouchement, où la température oscille entre 37,8 et 38. Due à l'inflammation des sutures.

Sortie complètement guérie le 10 novembre 1906. Enfant sorti en état satisfaisant malgré l'infériorité de son poids :

2.165 gr. Gavage pendant les premiers jours d'alimentation. Alimenté par lait stérilisé.

Observation VI

1906. — II pare. — Pr. so P. 10,2. Accouchement provoqué à 8 mois et demi.

P. M.-J..., entrée le 27 octobre 1906.

1° Accouchement dystocique en 1904. Version par manœuvres internes. Enfant vivant sexe masculin.

2° Grossesse actuelle. Dernières règles seconde quinzaine de Mars. Léger nuage d'albumine disparaissant par le régime lacté.

Le 17 décembre 1906 introduction d'une sonde de Krause à 9 h. 1/2 du matin : pas de douleurs. Deux heures après introduction d'une seconde sonde. Aussitôt après les premières douleurs surviennent.

A 9 heures du soir la dilatation est complète : à ce moment se produit la rupture spontanée des membranes.

Sommet en O. I. G. A. L'accouchement se fait spontanément le 17 septembre 1906 à 11 h. 15 du soir. Le travail a été de 14 ou 15 heures.

Délivrance naturelle et complète à 11 h. 40 du soir.

Enfant du sexe féminin, état général assez bon : 2.830 grammes. Malgré une lymphangite du sein, la mère sort sur sa demande avec son enfant qui ne pèse que 2.710 grammes (allaitement mixte).

Observation VII

1907. — II pare. — Pr. so P. 10 cm. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois une semaine. Enfant vivant.

1° Accouchement prématuré à 8 mois et demi. Forceps. Enfant mort. (1903).

2° Grossesse actuelle. Date des dernières règles peu précise.

Le 11 février 1907 introduction de l'écarteur Tarnier a 9 heures ½ du matin. A midi les douleurs apparaissent. Rupture spontanée des membranes la nuit suivante.

Présentation du sommet en O. I. G. A. Accouchement spontané le 12 février 1907 à 12 h. 20 du matin. La durée totale du travail a été de 15 heures.

La délivrance se produit naturelle et complète à minuit et demi. Enfant du sexe féminin pesant 2.860 grammes.

Suites de couches normales sauf une petite lymphangite du sein le treizième jour.

La mère et l'enfant sortent bien portants le 2 mars 1907.

L'enfant pèse 3.390 grammes et est allaité par sa mère.

Observation VIII

1907. — II pare. — Pr. so P. 10,5. Accouchement prématuré à 8 mois et une semaine. Enfant vivant.

R. M..., 31 ans. Entrée à la Maternité le 20 juin 1907.

1° Accouchement dystocique à terme (1904). Version par manœuvres internes. Enfant décédé 3 heures après sa naissance.

2° Grossesse actuelle. Date des dernières règles : 15 septembre 1906.

Le 24 juin 1907 à 9 heures 30 du matin, introduction d'une sonde de Krause. Les douleurs commencent peu après et se succèdent normalement pendant toute la journée.

A 8 heures 3/4 du soir survient une hémorragie qui oblige à faire une dilatation manuelle immédiate. Rupture artificielle des membranes à 8 h. 55.

Présentation du sommet en O. I. D. A. Version par manœuvres internes à 9 heures du soir. Petite déchirure du périnée nécessitant un point de suture.

Durée du travail 12 heures. Délivrance naturelle et complète à 9 h. ½ du soir. Enfant du sexe masculin pesant 2.650 grammes.

Suites de couches normales.

La mère sort sur sa demande le 15 juillet 1907 en bonne santé avec son enfant qu'elle allaite et qui pèse 3 kgr. 230.

Observation IX

1 1907. — II pare. — Pr. so P. 10,3. Accouchement provoqué à 8 mois une semaine. Enfant vivant.

R. L..., 31 ans. Entre à la Maternité le 22 juillet 1907.

1° Accouchement dystocique à terme. Forceps dans l'excavation. Enfant vivant âgé de 6 ans.

2° Grossesse actuelle. Date des dernières règles du 8 au 12 novembre 1906.

Le 25 juillet à 10 heures du matin on met une sonde de Krause, 3 heures après le travail se déclare, mais avance très peu.

A 4 heures du soir on place un deuxième sonde. Le travail alors avance normalement.

Rupture spontanée des membranes le 25 juillet à 3 heures du soir entraînant la procidence d'un bras.

Extraction de l'enfant par version par manœuvres internes à 4 h. 25 du soir.

Durée totale du travail : 6 h. $\frac{1}{2}$.

Délivrance naturelle et complète à 4 h. 45 du soir.

Enfant du sexe masculin pèsant 2.450 grammes.

Suites de couches normales.

Dix jours après, le 6 août, la mère sort sur sa demande en bonne santé. Elle allaite son enfant qui pèse à cette date 2.645 grammes.

Observation X

1907. — II pare. — Pr. so P. 11 à peine. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois. Enfant vivant.

D. A..., 24 ans. Entre à la Maternité le 10 septembre 1907.

1° Accouchement à terme. Forceps. Travail long, 60 heures. Enfant vivant.

2° Grossesse actuelle. Dernières règles 12 au 15 janvier 1907.

Le 13 sept. 1907, à 10 heures du matin, on place l'écarteur Tarnier. 3 heures après les douleurs apparaissent : on l'enlève pour le remettre à 4 heures 45 du soir afin d'accélérer le travail.

A 5 heures du soir : dilatation complète et rupture artificielle des membranes.

Présentation du sommet en O. I. D. P. A 5 h. 1/4 version par manœuvres internes et accouchement.

Durée totale du travail 7 heures environ.

A 5 heures ½ délivrance naturelle et complète.

Enfant du sexe masculin en bon état pesant 2.580 grammes, 12 jours après, le 25 septembre 1907, la mère et l'enfant quittent la Maternité. L'enfant nourri au sein pèse 2.680 grammes.

Observation XI

1908. — II pare. — Pr. so P. 9,5. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois.

T. J..., 31 ans, ménagère, Entrée à la Marternité le 6 janvier 1908.

1° Accouchement (janvier 1904) dystocique à terme. Forceps : enfant mort-né.

2° Accouchement (sept. 1905) dystocique à terme. Forceps : enfant mort-né.

3° Grossesse actuelle. Date des dernières règles, fin avril 1907. Bassin rétréci. Diamètre bis-iliaque antérieur 24,8 bi-crête 25,5.

Le 8 janvier 1908 on introduit à 9 heures du matin un petit ballon de Champetier de Ribes. Vers 11 heures les premières douleurs apparaissent et, le ballon enlevé, se continuent normalement.

Le 9 janvier vers 3 heures du soir la dilatation est complète. Rupture artificielle des membranes au moment de l'accouchement.

Présentation du sommet en O.I.G.A. A 3 heures 50 du soir on pratique une version par manœuvres internes : l'enfant né en état d'asphyxie blanche n'a pu être ranimé.

Durée totale du travail 28 heures.

Délivrance naturelle et complète le 9 janvier 1908 à 4 heures 40 du soir.

Enfant du sexe masculin pesant 2.550 grammes.

Suites de couches. Eschares vulvo-vaginales ayant donné une élévation de température oscillant entre 38 et 39° du septième au dix-huitième jour. Quelques douleurs dans les membres inférieurs. Sortie guérie le 8 février 1908.

Observation XII

1908. — I pare. — Pr. so P. 97. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois une semaine. Enfant vivant.

D... M.-J., cultivatrice 28 ans. Entrée le 19 mai 1908.

Dernières règles du 1er au 6 septembre 1907.

A l'entrée de la malade à la Maternité, l'analyse des urines révèle la présence d'un léger nuage d'albumine. On institue immédiatement le régime lacté.

Le 25 mai 1908, à 9 heures du matin, introduction de la sonde de Krause qui suffit à déterminer le travail. Le lendemain 26 mai à 10 heures du matin, la dilatation est complète. A ce moment on procède à la rupture de la poche des eaux. Présentation du sommet en O. I. G. A.

A 10 heures ½ on pratique une version par manœuvres internes et l'on extrait l'enfant.

Il y a une légère déchirure du col qui nécessite un tamponnement à la gaze iodoformée et une déchirure du périnée nécessitant deux points de suture.

Durée totale du travail : 23 heures ½.

Sitôt après l'accouchement l'hémorragie oblige à une délivrance artificielle immédiate.

Enfant du sexe masculin, faible, pesant 2.650 grammes.

Suites de couches normales.

Le 9 juin 1908, la femme sort sur sa demande dans un état très satisfaisant. L'enfant allaité par sa mère se porte bien : il pèse à sa sortie 2.915 grammes.

Observation XIII

1908. — I pare. — Pr. so P. 10 c. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois et demi. Enfant vivant.

M. R..., 21 ans, servante de ferme. Entrée à la Maternité le 9 novembre 1908. Dernière époque menstruelle fin de mars 1908.

Le 18 décembre 1908, à 10 heures du matin, introduction d'une sonde de Krause : deux heures après les premières douleurs surviennent. Pendant deux jours ces douleurs se succèdent assez faibles, mais cependant réelles, sans qu'il soit nécessaire de recourir à une seconde intervention.

Le 21 décembre 1908, à une heure du matin, rupture spontanée des membranes.

Présentation du sommet en O. I. D. A. A 6 h. du matin accouchement en O. P. La durée totale du travail a été de 52 heures. A 6 heures 20 du matin, délivrance naturelle et complète.

Enfant du sexe masculin pesant 2.530 grammes.

Les suites de couches sont normales et 15 jours après, le 5 janvier 1909, la mère sort complètement rétablie avec son enfant qu'elle allaite et qui pèse 2.700 grammes.

Observation XIV

1909. — II pare. — Pr. so P. 10,8. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois une semaine. Enfant vivant.

B. E..., 31 ans, ménagère.

1° Accouchement prématuré spontané à 8 mois et demi environ. Enfant vivant du sexe féminin, pesant 2 k. 670 actuellement bien portante.

2° Grossesse actuelle. Dernières règles novembre 1908, ne peut préciser.

Le 24 juillet 1909, à 10 heures 50 du matin, application de l'écarteur Tarnier qui détermine presque immédiatement l'apparition des douleurs. Le 24 juillet 1909 à 6 heures du soir la dilatation est complète. On rompt à ce moment les membranes.

Le sommet se présente en O. I. G. A. Le 24 juillet 1909, à 8 heures du soir, expulsion spontanée de l'enfant en O. P.

La durée totale du travail a été de 8 h. ½. L'enfant est vivant, du sexe masculin : il pèse 2.960 grammes.

Immédiatement après délivrance naturelle et complète.

Les suites de couches sont normales.

Le 5 août 1909, la mère qui allaite sort sur sa demande complètement rétablie. L'enfant pèse 3.220 grammes.

Observation XV

1909. — VII pare. — Pr. so P. 10. Bassin à type oblique ovalaire. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois et demi. Enfant vivant.

R. C..., femme L. F..., 39 ans, ménagère, entre à la Maternité le 13 septembre 1909.

1° Accouchement (1897) prématuré provoqué à 8 mois et demi. Enfant actuellement vivant et bien portant.

2° Accouchement spontané à terme (1898). Présentation du siège. Enfant vivant décédé quelques minutes après sa naissance.

3° Accouchement (1900) prématuré provoqué à 8 mois et demi. Enfant actuellement vivant et bien portant.

4° Accouchement (1902) prématuré provoqué à 8 mois et demi. Enfant vivant décédé à 16 mois de méningite.

5° Accouchement (1903) prématuré provoqué à 8 mois et demi. Enfant actuellement vivant et bien portant.

6° Accouchement (1906) prématuré provoqué à 8 mois et demi. Enfant actuellement vivant et bien portant.

7° Accouchement (1907) prématuré provoqué à 8 mois et demi. Enfant actuellement vivant et bien portant.

8° Grossesse actuelle.

Dernières règles : Dernière quinzaine de décembre 1908.

Le 15 septembre 1909, à 11 h. du matin, mise en place de l'écarteur Tarnier, vers deux heures les premières douleurs apparaissent. On enlève à 3 heures l'écarteur et le travail se continue normalement : les douleurs d'abord espacées se succèdent ensuite plus fréquentes et plus fortes et le 16 septembre 1909, à 8 heures du matin, la dilatation est complète.

A ce moment, on pratique la rupture des membranes.

Le sommet se présente en O. I. G. A. Mais à partir de ce moment le travail semble rétrocéder, la tête ne s'engage pas et l'on décide d'intervenir. A 8 h. 20 du matin, on pratique une version par manœuvres internes, on termine l'extraction suivant la manœuvre de Champetier de Ribes.

Le travail a duré 22 heures.

A 8 heures 50 expulsion de la délivrance : les membranes sont intactes et complètes.

L'enfant, du sexe masculin, est dans un état très satisfaisant et pèse 2.750 grammes.

Les suites de couches sont normales.

Le 25 septembre 1909, c'est-à-dire au bout de 9 jours seulement, la femme sort sur sa demande en bonne santé. L'enfant allaité par sa mère se porte bien et pèse à sa sortie de la Maternité 2. 930 grammes.

Observation XVI

1909. — I pare. — Pr. so P. 10,1. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois et demi. Enfant vivant.

G... M.-L., 19 ans, domestique, entrée à la Maternité le 2 novembre 1909. Date des dernières règles : fin février 1909. Gros œuf. Dystocie par excès de volume de la tête fœtale.

Bassin rétréci par étages. Promontoire assez bas. Pr. so P. 10,1. Diamètre utile 8,6. Bis-iliaque antérieur 21,5. Bicrête 24.

Le 19 novembre 1909 à 10 h. ½ du matin, introduction de deux sondes de Krause, 4 heures après les douleurs apparaissent et vont se continuer assez faibles pendant près de 24 heures, mais assez régulières aussi pour ne pas nécessiter une intervention nouvelle. La dilatation progresse aussi peu à peu pour être complète le 10 novembre 1909 à 11 heures le matin.

A 11 heures 10 rupture artificielle des membranes.

Présentation du sommet en O. I. G. A.

A 11 heures ½ l'expulsion n'avançant pas, on applique le forceps à la partie moyenne de l'excavation et l'on a un enfant vivant que l'on doit ranimer car il est en état d'asphyxie bleue.

Durée totale du travail, 25 heures. Délivrance naturelle et complète à midi 20.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 3,700 grammes et est en excellent état.

La température de la mère qui avait été normale, monte subitement le huitième jour à 40,5. Injection intra-utérine de la solution iodo-iodurée. La température tombe à 37,7 et oscille entre 37,5 et 37,8 pour remonter ensuite à 40,5. Nouvelle injection intra-utérine. Le lendemain on note 37,8 le matin et 37,2 le soir et désormais la fièvre cesse.

15 jours après, la mère sort complètement guérie. L'enfant nourri au sein pendant les 8 premiers jours, puis au lait stérilisé dans la suite, se porte bien et pèse 4 kil. 080.

Observation XVII

1910. — II pare. — Pr. so P. 10,7. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois et une semaine. Enfant vivant.

L. M.-L..., 32 ans. Entrée à la Maternité le 2 janvier 1910.

1° Accouchement dystocique à terme 1907. Forceps à la vulve pour inertie utérine ; enfant mort-né.

2° Grossesse actuelle. Date des dernières règles : 20 avril 1909. Le 6 janvier 1910, à 8 heures du soir, introduction de

l'écarteur Tarnier. Les douleurs apparaissent trois heures après, se continuent toute la nuit suivante et le 7 janvier, à 10 heures du matin, la dilatation est complète.

Rupture spontanée des membranes à 9 heures du matin. Le 7 janvier 1910, à 9 heures 25 du matin, expulsion spontanée de l'enfant en O. P.

La durée du travail a été de 13 h. ½.

Délivrance naturelle et complète à 10 h. 25 du matin. Enfant du sexe féminin, état satisfaisant. 3 kil. 050.

Huit jours après élévation brusque de la température à 40°. Le 15 janvier 1910, curretage qui ne ramène que des débrits insignifiants. Injection intra-utérine. La température baisse. Le 5 février 1910, la malade sort guérie avec son enfant nourri au lait stérilisé et qui pèse 3.460 grammes.

Observation XVIII

1910. — I pare. — Pr. so P. 10,3. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois et demi. Enfant vivant.

F. R..., 37 ans. Entrée à la Maternité le 7 mai 1910. Date des dernières règles du 20 au 25 août 1909.

Bassin canaliculé. Pr. so P. 10,3. Bis-iliaque 23. Bi-crête 24. Faux promontoire sacré.

Le 19 mai 1910, à dix heures du matin, introduction de deux sondes de Krause. La femme entre immédiatement en douleurs. Rupture des membranes à l'introduction des sondes.

Présentation du siège décomplété mode des fesses en S. I. D. A.

A 8 h. ½ du soir, le 19 mai 1910, extraction au forceps par le siège d'un enfant vivant. Légère déchirure périnéale nécessitant deux points de suture.

Durée du travail, 11 heures environ.

Délivrance naturelle et complète à 9 h. 25 du soir.

Enfant du sexe masculin pesant 2 kil. 630.

Suites de couches normales.

La mère sort, sur sa demande, guérie, le 1er juin 1910. L'enfant pesant 2.970 grammes, allaité par sa mère, est dans un état satisfaisant.

Observation XIX

I pare. — Promontoire inaccessible. — Atrophie de l'os iliaque gauche : saillie à sa face interne correspondant à la partie inférieure de la cavité cotyloïde. Symphyse déviée à droite de la ligne médiane. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois et une semaine environ. Enfant vivant.

B. A..., 19 ans, entrée à la Maternité le 28 juin 1910. Amputée toute jeune de la jambe gauche, probablement pour tumeur blanche du genou.

Date des dernières règles : 10 à 15 octobre 1909.

Le 29 juin 1910, à 9 h. ½ du matin, introduction de deux sondes de Krause. Vers midi, le travail commence et les douleurs vont se continuer faibles et espacées jusqu'au lendemain soir.

A 8 h. ½ du soir, le 30 juin, la dilatation est complète. A ce moment, rupture artificielle des membranes.

Présentation du sommet en O. I. G. A.

A 9 h. 25, extraction de l'enfant au forceps, à la partie inférieure de l'excavation.

Durée du travail, 2 jours.

A 10 heures du soir, délivrance naturelle et complète.

Enfant du sexe masculin pesant 4.010 grammes.

Suites de couches normales.

Le 9 juillet 1910 la mère sort en excellente santé, allaitant son enfant qui pèse 4.100 grammes.

Observation XX

(Personnelle). 1911. — II pare. — Pr. so P. 10. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois. Enfant vivant.

H. T..., 30 ans, ménagère. Entrée à la Maternité le 13 février 1911.

1° Accouchement dystocique à terme en 1902. Travail long. Forceps dans l'excavation. Enfant mort né.

2° Grossesse actuelle. Date des dernières règles du 12 au 15 juin 1910.

Le 20 février 1911, à 9 h. 30 du matin, introduction de deux sondes de Krause. Quelques douleurs apparaissent dans la journée, se succèdent la nuit suivante pour cesser le lendemain matin.

Le 21 février, à 11 heures du matin, nous appliquons l'écarteur Tarnier : les douleurs reprennent ; l'écarteur est enlevé. Mais le travail traîne en longueur, la femme souffre très peu et à de rares intervalles. Le soir même, on nous conseille de nouveau l'écarteur que nous plaçons une deuxième fois le 21 février 1911, vers 6 heures du soir. De fortes douleurs apparaissent. On enlève l'écarteur, on constate que la dilatation est complète.

Le sommet se présente en O. I. G. A.

A 6 h. ½ on pratique la version par manœuvres internes.

A 7 h. 15 du soir, délivrance naturelle et complète.

Durée totale du travail : 34 heures environ.

Enfant débile pesant 2.180 grammes.

Suite de couches normales.

La mère, en bonne santé, sort sur sa demande le 16 mars 1911. Elle allaite son enfant qui pèse alors 2.570 grammes.

Observation XXI

(Personnelle). — VII pare. — Pr. so P. 9,9. Bassin rachitique asymétrique. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois et une semaine. Enfant vivant.

P. M. J...,33 ans. Entrée à la Maternité le 20 mars 1911.

Tous ses accouchements antérieurs ont été dystociques : on a, d'après la malade, tenté chaque fois soit l'application du forceps, soit la version par manœuvres internes, sans succès d'ailleurs, puisque ses six enfants sont morts-nés.

Grossesse actuelle. Date des dernières règles du 7 au 9 juillet 1910.

Le 28 mars 1911, à 9 h. 3/4 du matin, on applique l'écarteur Tarnier : les douleurs aparaissent aussitôt, et le soir à 6 heures la dilatation est complète.

A ce moment, rupture artificielle des membranes.

Présentation du sommet en O. I. G. A.

A 6 h. 45 du soir, version par manœuvres internes. Extraction de l'enfant.

Durée totale du travail : 9 heures. Délivrance naturelle et complète à 7 h. 20.

Enfant vivant du sexe féminin pesant 2.860 grammes.

Suite de couches normales sauf une légère lymphangite du sein le seizième jour.

La mère sort guérie le 19 avril 1911 avec son enfant pesant 3.070 grammes. Allaité au sein.

Observation XXII

(Personnelle). 1911. — I pare. — Pr. so P. 10,4. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois une semaine. Enfant vivant.

A L..., 23 ans, domestique. Entrée à la Maternité le 20 décembre 1910. Date des dernières règles, fin juillet 1910. Le 13 avril 1911, à 10 heures du matin, introduction de deux sondes de Krause. Le travail n'apparaît pas.

Le 14 avril 1911, à 10 heures du matin, application de l'écarteur Tarnier. Les douleurs surviennent. A 4 heures du soir rupture artificielle des membranes.

Présentation du sommet en O. I. D. A.

Le 15 avril, à 1 h. 1/4 du matin, expulsion spontanée de l'enfant.

Durée totale du travail : 38 heures.

Délivrance naturelle et complète à 1 h. 3/4 du matin.

Enfant du sexe masculin pesant 3.340 grammes.

Suite de couches normales.

La mère sort guérie le 25 avril 1911. Elle allaite son enfant dont l'état est aussi satisfaisant que possible : il pèse 3.600 grammes.

EXPOSE DE LA METHODE

Objections qui lui sont faites

Notre intention n'est pas d'ériger en statistique les 22 observations que nous avons pu réunir et d'en conclure que l'accouchement prématuré artificiel est d'une bénignité absolue pour la mère, puisque nous n'avons pas eu un seul cas de mort de la femme, et que, d'autre part, il fait courir à l'enfant le minimum de risques puisque nous arrivons à une mortalité infantile qui n'est que de 4,3 %. Ce serait là, en effet, un résultat absolument faux, ce dont il serait facile de se rendre compte en consultant tous les auteurs qui se sont occupés de la question, et dont les statistiques sont autant de résultats différents. Une statistique ainsi faite isolément n'est pas une preuve puisqu'elle peut être immédiatement infirmée par une autre. Nous avons voulu seulement montrer, par des exemples, les conditions dans lesquelles nous avons vu pratiquer l'accouchement prématuré avec les meilleures garanties de succès.

Et tout d'abord, jamais nous n'avons vu interrompre la grossesse avant la fin du huitième mois ; c'est là du reste, toutes les fois qu'on en a la possibilité, la règle qu'il faut suivre, car c'est un fait acquis et logique en lui-même, qu'avant cette date, l'organisme fœtal n'a pas atteint un développement tel qu'il puisse impunément affronter un milieu pour lequel il n'est pas encore fait : tandis qu'à partir du neuvième mois de la vie intra-utérine, il a acquis son développement presque définitif et, pourvu qu'il soit placé dans les conditions spéciales que nous envisagerons plus loin, il ne doit en résulter pour lui aucun danger immédiat.

Mais, objecte-t-on : vous nous dites que vous allez interrompre à huit mois révolus la grossesse de telle ou telle femme, pour cela, il vous faudrait exactement connaître l'âge de cette grossesse, et vous l'ignorez. Cette objection a sa valeur, car à moins qu'il y ait eu coït unique, il est assez difficile, d'après les simples commémoratifs, de fixer une date précise ; mais il semble, malgré tout, qu'un examen approfondi de la femme, donnant les dimensions de l'utérus et celles de l'enfant, un interrogatoire sérieux portant sur l'apparition des mouvements actifs, la date aussi exacte que possible des troubles qui ont pu marquer le début de la grossesse, les modifications portant sur le col utérin, etc..., tous ces renseignements une fois groupés, doivent nous donner une quasi-certitude de l'époque de la fécondation ou du moins une différence très minime entre nos calculs et la réalité.

Mais il ne s'agit pas seulement de l'âge de la grossesse, il faut aussi connaître le degré d'angustie pelvienne et se demander si le rétrécissement n'est pas trop accentué pour ne laisser passer qu'un enfant de dimensions et de développement beaucoup trop restreints pour qu'il puisse vivre. Dans les différents cas que nous avons examinés, nous avons toujours vu s'efforcer de ne provoquer l'accouchement que lorsque le diamètre promonto-sous-pubien n'était pas inférieur à 10 centimètres. Trois fois seulement, nous avons vu déroger à cette règle, comme nous le signalons dans les observations V et XII, parce que dans ces deux cas les dimensions respectives des enfants pesant seulement : l'un 2.080 grammes, l'autre 2.650, ne devaient pas s'opposer à leur passage à travers la filière pelvienne. Dans le troisième cas (observation XI), nous trouvons le seul cas de mort de l'enfant, qui pèse 2.550 grammes, par asphyxixe blanche, après extraction à travers un bassin dont le promonto-sous-pubien était de 9,5. Somme toute, entre les adversaires de l'accouchement prématuré provoqué, qui le repoussent systématiquement et ses partisans à tout prix, nous voyons suivre le précepte du professeur Bar « la vérité est entre ces deux opinions extrêmes , on peut admettre qu'un enfant qui n'a que huit mois,

pesant plus de 2 kilogr., peut généralement s'élever aisément sans se ressentir dans l'avenir de sa naissance prématurée ; qu'au-dessous de cet âge et de ce poids, les conditions sont défavorables.

... Si on admet le principe, la provocation de l'accouchement avant huit mois de grossesse, apparaîtra comme une intervention de grande exception dans le cas de rétrécissement pelvien : elle ne sera guère pratiquée que dans les cas où l'état morbide de la mère la rendra nécessaire ».

Régime diététique. — Jamais nous n'avons vu appliquer devant nous le régime débilitant qui fut quelques fois employé pour s'opposer autant que possible au développement normal de l'enfant, tout en laissant la grossesse aller à terme. Cela eût été cependant facile, car si beaucoup de ces femmes n'arrivaient au dortoir qu'à la fin du huitième mois ou même dans le cours du neuvième, plusieurs aussi entraient au cours du cinquième et du sixième. Il est à remarquer du reste que cette méthode du régime diététique, malgré les excellents résultats que certains accoucheurs prétendent en avoir obtenu, n'a jamais réuni qu'un nombre très restreint de suffrages. Cazeaux et Depaul se sont du reste élevés contre ce mode de traitement, qui par lui-même semble irrationnel et qui devra sans doute donner de nombreuses preuves de sa réelle efficacité avant d'entrer définitivement dans la pratique.

Un premier point est donc acquis : seules sont accouchées prématurément les femmes arrivées à la fin du huitième mois de la grossesse et n'ayant pas un diamètre promonto-sous-pubien généralement inférieur à 10 centimètres.

Procédés employés. — Voyons maintenant la méthode employée.

Si nous nous reportons aux observations, nous constaterons qu'elles signalent toujours comme agents provocateurs du travail, la sonde de Krause, l'écarteur Tarnier ou le ballon de Champetier de Ribes.

Quel que soit le moyen employé, une précaution indispensable s'impose : une stérilisation complète du champ opératoire, des instruments et des mains de l'opérateur.

Pour la désinfection du champ opératoire il devrait être, pour plus de sûreté, procédé à la suppression totale par le rasoir des poils de la région, mais dans la pratique on y recourt assez rarement. Après plusieurs injections vaginales d'eau bouillie chaude, on désinfecte minutieusement la région tout d'abord par un long savonnage avec une brosse douce ou mieux à l'aide de tampons d' ouate hydrophile qui éviteront ainsi à la malade toute sensation désagréable ou douloureuse. Cela fait, on décape la peau à l'alcool coupé d'un peu d'eau tiède et on continue la désinfection par un lavage au permanganate au 1/1000 qu'on décolore au bisulfite : on termine par un lavage au bichlorure de Hg. également en solution au millième et on isole enfin la région désinfectée en la garnissant de compresses stériles qui la protègent des contacts septiques.

Dix fois on s'est servi de la sonde de Krause : Il est à remarquer qu'on a eu presque toujours exclusivement recours à elle chez des primipares à col peu perméable où l'introduction d'un écarteur ou d'un ballon eût présenté des difficultés plus grandes. La sonde de Krause a toujours trouvé beaucoup de détracteurs et son emploi tend à se faire plus rare : on lui reproche, lorsqu'on l'introduit entre le segment inférieur de l'utérus et les membranes, de perforer plus que tout autre ces membranes, d'évacuer ainsi trop tôt le liquide amniotique et de nuire par là même à la régularité du travail. Le Dr Oui déclare, dans son étude sur les principales méthodes de provocation de l'accouchement prématuré, que son emploi doit être absolument prohibé sauf les cas de nécessité absolue car, d'après ses nombreuses recherches, le travail marche beaucoup plus lentement et les enfants succombent en proportion plus grande qu'avec les autres procédés. Dans les cas, dit-il, où il est indiqué de provoquer l'accouchement chez une primipare à col peu perméable, on doit avoir recours d'abord au ballon du professeur Tarnier, suivi, aussitôt que le canal sera suffisamment ouvert, par le ballon de Champetier de Ribes.

Dans les cas que nous avons enregistrés, deux fois seulement le travail a atteint ou dépassé 48 heures, mais deux

fois aussi sa durée totale depuis l'introduction des sondes jusqu'au moment de l'accouchement n'a été que de 6 heures et demi et de 11 heures, et si nous prenons une moyenne, nous la trouvons relativement peu élevée, puisqu'elle est de 21 heures et demi. Pour ce qui est de la rupture précoce que son introduction détermine, nous ne l'avons constatée qu'une seule fois, encore s'agit-il précisément de cette femme, qui après un travail normal de 11 heures, mit au monde un enfant vivant du poids de 2 kil. 630.

L'écarteur Tarnier qui agit et comme excitateur et comme dilatateur, puisqu'il exerce sur le col une légère pression excentrique, est réservé pour les multipares dont le col est plus ouvert et rendu par conséquent plus perméable par le ou les accouchements antérieurs, accepte plus facilement l'intromission des branches.

Les cas dans lesquels on a appliqué l'écarteur Tarnier ont donné, tant au point de vue de la longueur du travail qu'à celui de la rupture des membranes, des résultats plus probants encore. En effet, sur les dix fois où il fut appliqué, le travail a été une première fois de 33 heures, une seconde de 36 et enfin une troisième de 24. Par ailleurs, nous notons des temps variant entre 7 et 15 heures et si ici encore nous prenons une moyenne, nous trouvons 8 heures et demi à peine. A signaler d'autre part, que pas une fois nous n'eûmes à constater la rupture de la poche des eaux au moment de son introduction.

Dans le seul cas où chez une III pare, on eut l'occasion d'employer un petit ballon de Champetier de Ribes, le travail eut une durée totale de 28 heures.

Nous n'avons nullement l'intention, d'après ces résultats donnés par la sonde de Krause et l'écarteur Tarnier, de mettre en doute la valeur et l'utilité du ballon. Nous reconnaissons, avec le Dr Oui, que nombreux sont les cas, où lorsque la perméabilité du col est suffisante, il est indiqué de placer immédiatement le ballon de Champetier de Ribes, lorsqu'on veut, par exemple, activer le travail dans un cas de rupture prématurée des membranes, alors que tous les autres procédés seraient insuffisants. Il faut également ad-

mettre qu'avec le ballon offrant partout une surface mousse et légèrement dépressible, le danger de cette rupture est diminué d'autant, et que, de plus, s'il survient une hémorragie placentaire, le gonflement complet du ballon suffit le plus souvent à arrêter l'écoulement sanguin. Mais à côté de ces nombreux avantages, il existe aussi des inconvénients sérieux, moins fréquents du reste avec les petits ballons, nous voulons parler de la rétraction de l'anneau de Bandl, des procidences et des présentations défectueuses.

RESULTATS POUR LA MERE

de l'accouchement prématuré provoqué.

Le plus grand nombre des auteurs sont unanimes à reconnaître que l'accouchement prématuré artificiel est le plus souvent simple et d'un excellent pronostic pour la mère. Nous sommes heureusement loin des résultats que donnait Krause de ses observations personnelles et où il notait une mortalité maternelle de 6 à 8 %. Aujourd'hui les données sur cette question sont des plus rassurantes, puisque Sarwey, dans un travail où il résume 50 statistiques parues de 1890 à 1904 avec 2.200 cas, donne une mortalité de 1,4 %. Le professeur Pinard, sur 100 cas observés, ne signale aucun décès et Tarnier donna en 1893 à la Société obstétricale de France une statistique aussi favorable.

De plus, si la méthode peut être quelque fois fatale pour la mère, ce n'est pas toujours à l'accouchement lui-même qu'il faut attribuer un résultat malheureux. Les manœuvres quelque fois compliquées que nécessite l'extraction de l'enfant, l'anesthésie chloroformique elle-même, quand elle devient obligatoire, les hémorragies utérines, entrent pour une large part dans la liste des cas défavorables.

Dans les observations que nous avons publiées, nous trouvons le plus souvent des suites de couches parfaitement normales : de ci, de là, nous notons bien quelques petites élévations de température dues le plus souvent à une lymphangite du sein, à une inflammation légère des sutures quand une déchirure a nécessité une périnéorraphie, ou enfin à quelques eschares déterminées par une compression trop prolongée des parois vaginales par la tête de l'enfant : mais cette élévation de température n'est que transitoire et cède

le plus souvent à un traitement approprié. Cependant, malgré toutes les précautions prises il arrive quelquefois qu'une faute opératoire, ou toute autre cause, passée inaperçue, devienne le point de départ d'une infection heureusement le plus souvent légère, mais qui peut cependant aussi comporter un pronostic sérieux.

L'observation XVI en est un exexmple : l'accouchement s'est passé normalement, la délivrance a été naturelle et complète, et, malgré tout, le huitième jour, la température de la femme qui, jusque là, avait été normale, monte subitement a 40,5. La malade accuse une courbature générale intense, des frissons, de la céphalalgie, la langue est légèrement saburale : on pratique immédiatement une injection intra-utérine de solution iodo-iodurée, la température tombe à 37,7 et reste alors oscillante : les symptômes se sont améliorés quand, quelques jours après, nouvelle ascension de 40,5 : nouvelle injection intra-utérine et la fièvre tombe pour cesser complètement.

L'observation XVII n'est que la répétition de la précédente : ici, outre les injections, on pratique un curretage et tout rentre dans l'ordre.

Telles sont les deux seules alertes que nous ayions à signaler dans les cas relatés. Comme on le voit, elles sont relativement bénignes. Mais ces deux cas confirment une fois de plus qu'il est surtout un point sur lequel on doit insister d'une façon toute spéciale parce que c'est de lui que doit dépendre pour la femme les suites de l'accouchement : c'est une asepsie parfaite, rigoureuse : à cette condition seulement l'accouchement prématuré artificiel devient pour la mère d'une innocuité presque absolue.

RESULTATS POUR L'ENFANT

Nous en sommes arrivés à ce point intéressant entre tous qui domine l'étude de l'accouchement prématuré artificiel : la question de l'enfant. C'est elle surtout qui a valu à cette intervention tant d'adversaires irréductibles et tant d'ardents défenseurs, ceux-ci publiant les statistiques les plus rassurantes avec une mortalité très minime, ceux-là obtenant des résultats déplorables et condamnant à tout prix la méthode. C'est cette question primordiale pour l'enfant que nous allons maintenant envisager, et cela à un double point de vue, dans ses conséquences immédiates et dans l'avenir.

1° **Résultats immédiats.** — Plusieurs causes interviennent qui, bien que n'étant pas spéciales à l'accouchement artificiel, peuvent mettre quelquefois en danger la vie de l'enfant : et tout d'abord la longueur du travail. Combien de fois, en effet, et souvent au cours d'un accouchement spontané à terme, à la suite d'un travail trop prolongé par insuffisance des contactions ou même inertie utérine, n'a-t-on pas vu l'enfant naître en état de mort apparente ou ne revenir que difficilement à la vie ? La rupture prématurée des membranes ou les procidences que l'on a constatées plus fréquentes dans les interruptions artificielles de la grossesse sont autant de causes capables d'en assombrir le pronostic. Ces reproches ont une valeur indéniable et que nous ne discutons pas, car ils se trouvent, en partie du moins, confirmés dans une des observations que nous avons publiées et où nous voyons (observat. XI) un cas d'asphyxie blanche chez un enfant du poids de 2.250 grammes après un travail de 28 heures : mais il ne faut cependant pas en faire une règle générale car si nous consultons les observations XIII, XIV,

XX et XXI, nous trouvons respectivement 52, 48, 34 et 38 heures sans qu'aucun des enfants ait paru en souffrir. A l'observation XVIII nous constatons la rupture accidentelle des membranes avant toute douleur, sans que cette circonstance semble influer en rien sur la bonne marche du travail (11 heures) et l'intégrité de l'enfant.

Il a été publié sur ce sujet, ainsi que nous le disions plus haut, un nombre considérable de statistiques et n'avons que l'embarras du choix. En 1888, Brawn (de Vienne) accuse une mortalité fœtale de 44 %. Léopold, une mortalité de 33 %. Ahlfeld, 39,6, et enfin en 1891 le professeur Pinard, sur 100 cas consignés par lui, donne une moyenne de 33 %. C'était beaucoup et l'on comprend qu'avec de semblables résultats on ait pu douter longtemps de l'efficacité de la méthode : mais si, continuant nos investigations, nous nous reportons à des travaux plus récents, nous constatons que les risques courus par l'enfant tendent de plus en plus à diminuer avec les progrès de la technique opératoire.

De plus, ces chiffres nous donnent la mortalité brute de toutes les interventions, à quelque date de la grossese qu'elles aient été pratiquées, c'est-à-dire qu'à côté de prématurés nés à 8 mois ou 8 mois et demi de vie intra-utérine, nous en trouvons également de 7 mois, 7 mois et demi et même moins pour lesquels nous avons toujours considéré l'accouchement avant terme comme une opération presque fatale. Nous nous en tenons donc aux seules interventions faites au début ou pendant le cours du neuvième mois, et à ce sujet nous ne pouvons mieux faire que de nous adresser à la remarquable thèse de Paquier (1902) où nous voyons un compte rendu exact de tous les accouchements provoqués effectués à la clinique Tarnier de 1898 jusqu'à 1902 et qui sont au nombre de 50. Sur ce total, on trouve 42 nés vivants soit une proportion de 84 % et 39 sortis bien portants de la clinique, soit encore une proportion de 78 %.

Au point de vue des résultats immédiats, nous croyons donc que l'accouchement prématuré artificiel est une méthode qui, dans l'état actuel des connaissances obstréticales,

donne des résultats assez satisfaisants pour mériter toute la confiance de ceux qui la mettent en pratique.

Nous ne croyons pas devoir insister davantage sur ce point, car il y a là des faits évidents et palpables et tant qu'un accoucheur verra une méthode d'une bénignité presque certaine pour la mère, lui donner d'autre part un nombre considérable d'enfants vivants, il ne se laissera pas influencer par les attaques dirigées contre elle et croira toujours de son devoir de l'appliquer.

2° **Résultats éloignés.** — Là n'est pas toute la question, car il ne s'agit pas seulement d'avoir un enfant qui respire, il faut encore savoir s'il est capable de vivre.

Il est admis de tous que le prématuré se trouve dans un état d'infériorité notable vis-à-vis de l'enfant né à terme tant au point de vue de sa résistance que de sa nutrition ; mais faut-il en conclure que cette infériorité doive être persistante et que l'enfant né prématurément soit condamné à n'être jamais qu'un débile ? Nous ne le croyons pas ; mais il est indispensable qu'il trouve à sa naissance en vue de son développement ultérieur des conditions spéciales qui résument toute la puériculture des prématurés.

C'est à la réalisation de ces conditions que nous avons toujours vu tendre à notre Maternité, et, grâce à une alimentation raisonnée s'inspirant des règles édictées par le professeur Budin, nous avons pu obtenir les résultats que nos observations signalent.

Dans un seul cas nous avons vu le poids d'un enfant s'abaisser de 2.830 à 2.710 grammes. Peut-être doit-on incriminer l'allaitement mixte auquel on a dû recourir par suite de lymphangite des seins de la mère.

L'observation V signale un enfant dont le poids de 2.080 grammes à la naissance n'était, 25 jours plus tard, que de 2.165, sans que l'état général de l'enfant parût en rien altéré.

Partout ailleurs, les pesées journalières accusent une progression continue, tantôt faible (11 grammes), comme c'est le cas pour les observations XII, XIII et XIX ; le plus

souvent oscillant entre 20 et 25 grammes et quelquefois enfin s'élevant jusqu'à 30 et 37 (observat. VII et IX).

Dans la presque totalité des cas que nous rapportons, lorsque les enfants nous ont quittés, ils avaient souvent ou dépassé ou atteint la normale, puisque deux d'entre eux pesaient plus de 8 livres, 7 oscillaient entre 3 et 4 kilogrammes, 10 pesaient de 2.500 à 3.000 grammes et un seul enfin atteignait 2.200. S'ils étaient restés davantage en couveuse, si l'on avait pu continuer quelque temps encore le régime très sérieux auquel on les maintenait, nul doute qu'ils n'eussent bien vite repris le poids normal d'un enfant né à terme. Mais les femmes qui accouchent dans les Maternités n'y séjournent que le temps strictement nécessaire ; elles emmènent alors leurs enfants qui, malheureusement, échappent ainsi à notre contrôle. Quel va être désormais le sort de ces prématurés ?

Question délicate à laquelle il semble difficile de répondre, car jusqu'ici adversaires et défenseurs de la prématuration n'ont pas encore réussi à établir leur opinion d'une façon péremptoire. Les uns s'appuyant sur des faits très démonstratifs, sur des données anatomiques précises, proclament la déchéance des prématurés devenus adultes, tandis que les autres soutenant l'idée contraire apportent des preuves tout aussi convaincantes et citent des prématurés qui furent des génies.

Une étude des plus documentées et en même temps des plus récentes que nous ayions de la question a été faite par MM. Wallich et Gruhmsholz sous forme d'enquête parmi les faits de la pratique et dans les milieux hospitaliers.

« L'enquête en ville, disent-ils, pousuivie de la naissance à l'état adulte, chez des prématurés purs (libérés de toute tare) nous a permis de constater :

« 1° Qu'il est incontestablement des prématurés qui, devenus adultes donnent toute satisfaction au point de vue de leur développement physique et intellectuel ;

« 2° Qu'il en est d'autres atteints de dégénérescences diverses : hernies, pieds bots, incontinence d'urine, troubles nerveux ;

« 3° Que ces dégénérescences paraissent surtout en rapport avec le degré de prématuration et la violence du traumatisme obstrétical subi à la naissance.

« L'enquête hospitalière, partie de l'adulte pour remonter aux circonstances de la naissance, nous a appris que :

« 1° Il est une proportion importante de prématurés parmi les dégénérés ;

« 2° Que leurs dégénérescences sont en rapport : **a**) avec les tares des parents (syphilis, alcool) ; **b**) avec le degré de prématuration et l'état de primogéniture des prématurés. »

Cette étude est intéressante pour nous, car elle confirme d'une part que nombre de prématurés peuvent devenir des adultes parfaitement normaux, mais aussi que beaucoup d'entre eux sont des dégénérés et que cette dégénérescence tient à deux causes principales : les tares des parents soit chroniques, soit accidentelles, et le degré de prématuration de l'enfant.

Or, est-il besoin de faire remarquer que ces tares héréditaires ne sont pas préjudiciables qu'aux seuls prématurés et que, si l'on faisait une seconde statistique des cas de dégénérescences observés chez les enfants nés à terme, mais de parents alcooliques ou syphilitiques, les résultats fournis par cette seconde enquête ne seraient sans doute pas plus brillants que ceux donnés par la première.

Quant au degré de prématuration intervenant comme cause défavorable pour l'avenir de l'enfant, il est incontestable. L'accouchement prématuré effectué au cours du septième ou du huitième mois, ne peut pas donner des enfants d'un développement suffisant pour se développer normalement par la suite ; et, s'il est quelques exemples d'enfants nés dans de telles conditions, qui furent capables de vivre, ce sont là des raretés sur lesquelles il serait dangereux d'établir une règle.

Mais dans le cours du neuvième mois de vie intra-utérine, alors que l'enfant a acquis un volume à peu près égal à celui qu'il aurait à terme, nous ne croyons pas qu'une naissance prématurée doive avoir une influence défavorable sur l'évolution de l'enfant.

C'est là du moins une opinion que permettrait de soutenir en toute légitimité une des observations (XV) que nous avons publiées.

Nous y voyons en effet l'histoire d'une femme, dont le Pr. so P. de 10 cm s'oppose au passage à terme d'un enfant normal, et qui, enceinte pour la première fois en 1897, vient à la Maternité, où, pratiquant l'accouchement prématuré artificiel à 8 mois et demi de grossesse, on obtient un enfant vivant.

L'année suivante, la malade une seconde fois enceinte, ne croit devoir se faire hospitaliser qu'en plein travail de parturition : l'enfant se présente par le siège, son extraction est laborieuse et il meurt quelques minutes plus tard !

En 1900, troisième grossesse de cette femme qui, instruite par l'expérience, arrive à la Maternité grosse de huit mois. A 8 mois et demi on tente de nouveau l'accouchement prématuré qui se passe dans les conditions les plus favorables et pour la mère et pour l'enfant.

Et désormais, en 1902, 1903, 1906, 1907 et 1909, notre parturiente se présentera régulièrement au début de son neuvième mois à la Maternité et, régulièrement, à 8 mois et demi, on pratiquera l'accouchement prématuré artificiel qui nous donnera chaque fois un enfant vivant.

Cette série de sept accouchements prématurés provoqués chez la même femme, toujours avec un plein succès, est sans doute curieuse par elle-même, mais plus encore par ses conséquences, car de tous ces prématurés un seul, le troisième, est mort à 13 mois (de méningite, d'après la mère), les six autres ont actuellement 15, 11, 8, 6, 4 et 2 ans, jouissent d'une santé excellente et sont d'une intelligence des plus normales. Nous-même avons pu voir dernièrement à la Maternité plusieurs des enfants de cette famille, tous petits, sans doute, mais larges et robustes, et nous nous sommes alors demandé quelle autre intervention eût pu donner un résultat semblable.

CONCLUSION

Après une longue période où devant les succès de la méthode, un grand nombre d'accoucheurs s'étaient ralliés à la cause de l'accouchement prématuré artificiel, une réaction semble s'être produite et cette intervention n'a plus aujourd'hui le crédit qu'elle trouvait près de ses partisans d'autrefois. La symphyséotomie et l'opération césarienne se font des adeptes de jour en jour plus nombreux, qui veulent réduire de plus en plus les indications de l'interruption artificielle de la grossesse et en arriver ainsi à sa suppression définitive.

Ce but sera-t-il atteint ? Nous ne le croyons pas, car nous avons eu jusqu'ici trop d'exemples, dans l'histoire de l'obstétrique, de ces méthodes qui, tombées quelque temps dans l'oubli retrouvaient par la suite une faveur nouvelle, pour croire qu'il n'en soit pas de même pour l'accouchement prématuré artificiel.

Au moment où cette faveur semble décroître, nous avons donc voulu faire connaître les résultats que nous avons vu obtenir.

Et ces résultats confirment une fois de plus combien est bénin pour la mère le pronostic de l'interruption artificielle de la grossesse.

Quant à l'enfant que l'on fait naître, au cours du neuvième mois de la vie utérine, s'il ne présente pas toujours la résistance du fœtus à terme, s'il se trouve ainsi dans des conditions quelque peu défavorables, une hygiène bien entendue et une alimentation raisonnée doivent remédier à cette insuffisance sans qu'il en reste rien dans l'avenir.

L'histoire si curieuse de cette femme qui, après sept accouchements prématurés provoqués successifs, possède six enfants vivants et conserve intacte sa fonction génératrice, plaide du moins dans ce sens, et la méthode qui donne de semblables résultats doit pouvoir, semble-t-il, compter encore au nombre des interventions obstétricales.

BIBLIOGRAPHIE

AHLFELD. — L'avenir des prématurés par l'accouchement provoqué artificiel. (Centralb. f. gyn. n° 20. — 18 mai 1901.)

AUVARD. — Traité d'accouchements.

AUVARD. — De la couveuse pour enfants. Paris 1883.

BAR. — Pratique de l'art des accouchements.

BUDIN et RIBEMONT. — Recherches sur les dimensions de la tête fœtale.

BONNAIRE. — Ecarteur de Tarnier. (Arch. de Tocol. et gyn. 1891.)

DAVID. — Contribution à l'étude des accouchements prématurés artificiels. (Paris 1893.)

CARETTE. — Contrib. à l'ét. de l'acc. prém. art. (Paris 1892.)

GALLENI (de Parme). — Résultats de l'accouch. artif. (Ann. de gyn. et d'obs. Déc. 1894.)

LACOUR. — Recherches historiques et critiques sur l'acc. prémat. prov. (Paris 1844.)

LE CUDENNEC. — Du palper abdominal. (Paris 1890.)

OUI. — Etude sur les principales méthodes de provocation de l'accouchement prématuré. (Ann. de gyn. et obstét. Janv. 1892.)

PAQUIER. — Accouchement prématuré provoqué. (Paris, 1902-03.)

PERRET. — Accouchement prématuré provoqué et symphyséotomie. (Paris, 1894-95.)

PINARD. — Indication de l'opération césarienne dans ses rapports avec la symphyséotomie, la crâniotomie et l'accouchement prématuré artificiel. (Congrès gyn et obstét. Amsterdam, avril 1899.)

RIBEMONT et LESAGE. — Précis d'obstétrique.
« Progrès médical », décembre 1910, page 635.
SCHULTZ. — 71 cas d'accouch. prémat. provoq. (Diss. inaug. Halles, 1897.)
TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouch.
VARNIER. — Pratique des accouchements.
VÉRON. — Série heureuse de sept accouchements prémat. artif. chez la même femme. (Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest. Janv. 1911.)
WALLICH et FURHMSHOLZ (Nancy). — Avenir éloigné du prématuré. (Annales de gynécol. et d'obstét. Nov. 1911.)
WARDEN. — Accouch. provoq. dans les cas de bassins rétrécis. (Paris, 1899.)
WEILL. — Différentes méthodes employées pour provoq. l'accouch. (Paris, 1899.)